

Received: 15 Jan. 2024, Revised: 22 Feb. 2024

Accepted: 28 Feb. 2024

## บทความวิจัย

## การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน : กรณีศึกษา ผู้ป่วยเอชไอวีระยะสุดท้ายที่มีภาวะแทรกซ้อน

สุจิตรา หงษ์ยนต์<sup>1\*</sup> บุศรา อนุพันธ์<sup>2</sup> ประณมกร พาหะนิช<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยกรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะแทรกซ้อน เหนือในการคัดเลือกรับเลือกผู้ป่วยเอชไอวีระยะสุดท้ายที่มี PPS Score < 40 คะแนน ส่งต่อจากโรงพยาบาลเพื่อดูแลที่บ้าน วิธีการวิจัยแบบกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย แบบประเมิน PPS score แบบประเมิน ADL แบบประเมินความเครียด ST-5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และ แบบประเมิน 9Q เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ประยุกต์ใช้ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

ผลการวิจัยพบว่า กรณีศึกษาที่ 1 เพศหญิง อายุ 50 ปี สถานภาพสมรสคู่ สามีเป็นผู้ดูแล มีอาชีพค้าขาย ประวัติบิดามารดาและพี่สาวเสียชีวิตด้วยมะเร็งปอด ได้รับการวินิจฉัยเป็นติดเชื้อเอชไอวีและมะเร็งปอดระยะแพร่กระจาย และรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีร่วมกับยาบรรเทาอาการปวด คะแนน PPS = 40% ไม่มีภาวะพึ่งพา ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ไม่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยและญาติปรับตัวต่อการเจ็บป่วย กรณีศึกษาที่ 2 เพศชาย อายุ 33 ปี สถานภาพสมรสหม้าย บิดามารดาเป็นผู้ดูแล ไม่มีรายได้ ไม่เคยตรวจหาเชื้อเอชไอวีได้รับการวินิจฉัยมีการแพร่กระจายของเชื้อที่สมองไม่ได้รับยาต้านเอชไอวี ได้รับยาบรรเทาอาการปวด คะแนน PPS = 10% (อาการอยู่ในระยะสุดท้าย) มีภาวะพึ่งพา และมีภาวะซึมเศร้า และบิดายังปรับตัวไม่ได้เนื่องจากเคยสูญเสียบุตรชาย การจัดการปัญหาของทั้งสองกรณีเป็นไปตามแนวทางการดูแลระยะสุดท้าย และสิ่งที่ต้องคำนึงคือการเตรียมจิตใจของญาติให้สามารถเผชิญกับการสูญเสีย

คำสำคัญ การดูแลระยะสุดท้าย, ผู้ป่วยเอชไอวี

<sup>1\*</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์แพทย์ชาตะผดุง โรงพยาบาลขอนแก่น

<sup>2</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลขอนแก่น

<sup>3</sup>นักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์แพทย์ชาตะผดุง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น

\* Corresponding author E-mail: Moopapae@gmail.com

## Original Article

## Palliative care at Home: Case Studies of end-stage HIV patients

Sugitra Hongyon <sup>1\*</sup>

## Abstract

The study aimed to compare palliative end-of-life care at home in end-stage HIV-infected patients with complications. Criteria for inclusion: End-stage HIV patients with a PPS score < 40 points (symptoms between stable and end-stage) referred from hospital for care at home. Research methods: Study of HIV patients. There were 2 cases in the final stage with complications. Data collection tools consisted of a patient health status assessment form. End-of-life care assessment (PPS), ability to perform daily activities (ADL) assessment, ST-5 stress assessment, 2-question depression assessment (2Q) and 9-question depression assessment (9Q ) The research tool consists of a 5-step nursing process applied according to guidelines for palliative care for end-of-life patients.

The research results found that Case study of a female, age 50 years, marital status, has a caregiver, has a trading career. There is a history of father, mother and older sister dying from lung cancer. Diagnosed with HIV infection and lung cancer that has spread to lymph nodes. and treated with anti-HIV drugs along with pain relievers. PPS score = 40% (symptoms between stable and terminal). No dependency. Stress is moderate. no depression Patients and relatives adjust to illness. and also seeking alternative medicine As for case study 2, male, 33 years old, marital status, widow, has a caretaker, has no income, has never been tested for HIV, has been diagnosed with spread of infection to the brain, has not received anti-HIV medication. Received pain relief medication, PPS score = 10% (symptoms are in the final stage), had dependency, and were depressed. And the father still couldn't adjust because he had lost his son. The management of the problems in both cases followed guidelines for end-of-life care. And what must be considered is the mental preparation of relatives to be able to face the loss.

Keywords: Palliative care , end-stage HIV patients

## บทนำ

การดูแลแบบประคับประคองเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลโดยมีเป้าหมายของการดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความสำคัญกับการป้องกัน ควบคุมและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายและเสียชีวิตอย่างสงบสุข องค์การอนามัยโลก (World Health Organization -WHO,2002)<sup>1</sup> ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นไม่แย่งลงหรือมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม เมื่อระยะของโรคเข้าสู่ระยะท้ายรักษาไม่หาย ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทรมานจากอาการปวด ท้องผูก หายใจลำบากและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ การดูแลแบบประคับประคองเป็น แนวทางที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเผชิญกับปัญหาที่ทุกข์ทรมานจากการรบกวนต่างๆซึ่งเป็นการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือการดูแลแบบประคับประคอง เป็นกระบวนการป้องกันและค้นหาอาการเจ็บป่วย อาการรบกวนต่างๆ การรักษาภาวะการเจ็บปวดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สังคม จิตวิญญาณตั้งแต่เริ่มต้นให้การดูแลแบบองค์รวม ของสหวิชาชีพและต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตการดูแลแบบประคับประคองญาติและครอบครัวมีการจัดการอื่นๆ อย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ จากการศึกษาข้อมูลทางสถิติของประเทศไทยสำนันโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า สาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตในช่วง พ.ศ.2556-2560 คือ โรคมะเร็ง โดยคิดเป็นอัตรา 104.8 เพิ่มเป็น 120.5 คนต่อจำนวนประชากร 100,000 คน (Policy and Strategy Division, Ministry of Public Health, 2016: Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2018)<sup>2</sup> องค์การอนามัยโลกและวงการแพทย์ สร้างระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อ เป็นทางเลือกหนึ่งที่มีเป้าหมายหลัก คือ การดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยให้อยู่อย่างมั่นใจพร้อมจากไปอย่างสงบหรือตายดี (good death) (WHO, 2016a)<sup>3</sup> กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้สถานบริการทุกระดับพัฒนาคุณภาพการบริการ ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และกลายเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต สิ่งสำคัญคือการดูแลที่เน้นคุณภาพชีวิตประคับประคองอาการที่ไม่สามารถบอกระยะเวลาการเสียชีวิตได้ และช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์

เป้าหมายหลักของการดูแลแบบประคับประคอง สุริพร ธนศิลป์, ( 2563) <sup>4</sup> ได้กล่าวถึง 6 ประการ ดังนี้ 1) ส่งเสริมความสุขสบายให้กับผู้ป่วย 2) การจัดการอาการไม่สุขสบาย เช่น อาการปวด (Pain) หายใจลำบาก (Dyspnea) ถ่ายเหลว หรือท้องผูก (Diarrhea/ Constipation) อ่อนแรงหรือเหนื่อยง่าย (Weakness/Fatigue) 3) การดูแลด้านจิต อารมณ์ สังคม และจิต ผู้ป่วยจะเกิดการท้อแท้ สิ้นหวัง หมดก่าลังใจ 4) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จัดการให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายไม่ทุกข์ ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นในระยะสุดท้าย 5) การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการเข้าสู่ระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพและพร้อมจาก ไปอย่างสงบโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ทำในสิ่งที่ต้องการหรือเจตนาธรรมของผู้ป่วย ให้ การดูแลให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ 6) การเตรียมครอบครัวให้พร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและพร้อมยอมรับการ จากไปของผู้ป่วย พยาบาลให้คำแนะนำการยอมรับการ สูญเสีย และให้การดูแลสภาพจิตใจของญาติ หลังจากการสูญเสียบุคคลภายในครอบครัว โดยการประเมินภาวะโศกเศร้า และให้การพยาบาล ทางด้านจิตใจ และ7) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารที่ดีจะช่วยให้บุคลากรสุขภาพรับรู้ถึง ความ กังวลใจ ความทุกข์ใจ และความต้องการของผู้ป่วยและช่วยให้บุคลากรสุขภาพสามารถให้ข้อมูลที่ เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเพื่อใช้ในการตัดสินใจ นอกจากนี้ กิตติกร นิลมานัต (2555)<sup>5</sup> ได้กล่าวถึง หลักการการดูแลแบบประคับประคอง และการดูแล ระยะสุดท้ายของชีวิตมีดังนี้ 1) ให้การดูแลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยผู้ป่วยจะเป็นศูนย์กลางการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแล และครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ แพทย์หรือผู้ให้การ รักษาดูแลต้อง ทำความเข้าใจบริบท และความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย เคารพการตัดสินใจของ ผู้ป่วยและครอบครัว 2) ให้

ความสำคัญและคุณค่ากับการมีชีวิตอยู่จนวาระสุดท้าย และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยจนวันสุดท้ายของชีวิต ให้มีความสำคัญกับการมีชีวิตอยู่ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะ สุดท้ายใช้ชีวิตในแต่ละวันอย่างมีคุณค่า และเป็นปกติให้มากที่สุด

3) ให้การดูแลบนพื้นฐานวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ หากบุคคลากรเข้าใจถึงความเชื่อทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย และตระหนักถึงความแตกต่างทาง วัฒนธรรมจะช่วยให้บุคคลากรสุขภาพสามารถให้การดูแลได้อย่างครอบคลุมแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบครัว

ศูนย์แพทย์ชาตะผดุงเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ สังกัดกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น ให้บริการแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 32 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคมะเร็งต่างๆ 19 ราย โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ราย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 2 ราย โรคไตวายระยะสุดท้าย 2 ราย และผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 2 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เป็นนักศึกษาในครั้งนี้มีเป็นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะแทรกซ้อนและมีโรคร่วมอื่น การศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอื่น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ และสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านในผู้ป่วยเอชไอวีระยะสุดท้ายที่มีภาวะแทรกซ้อน

### วิธีดำเนินการวิจัย

1. ทบทวนเอกสารวิชาการ ตำรา งานวิจัย การรักษา แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล
2. การคัดเลือกกรณีศึกษาแบบจำเพาะเจาะจง 2 ราย ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้
  - 2.1 อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชาตะผดุง
  - 2.2 ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะท้ายของโรค และแพทย์ส่งปรึกษาศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง (ศูนย์พลังใจ)
  - 2.3 ผู้ป่วยและญาติยินยอมที่รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน
  - 2.4 ผู้ป่วยได้รับการประเมิน Palliative performance scale (PPS Score) < 40 คะแนน
3. ศึกษาข้อมูลและประวัติผู้ป่วยจาก Intranet @KKH และแฟ้มประวัติที่ผู้ป่วยมารับบริการที่ศูนย์แพทย์ชาตะผดุง
4. ติดตามเยี่ยมบ้านสัมภาษณ์ผู้ดูแล ประเมินผู้ป่วย PPS Score
5. ผู้ป่วยและครอบครัวสมัครยินยอมเป็นกรณีศึกษา
6. กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล นำแผนการพยาบาลไปใช้ ประเมินผลการพยาบาล ร่วมกับการประยุกต์ใช้ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในการพยาบาลกรณีศึกษาแต่ละราย สรุปรณศึกษา

### ผลการวิจัย

กรณีศึกษารายที่ 1 : ผู้ป่วย เพศหญิง อายุ 50 ปี

การวินิจฉัยโรค HIV. Positive whit CA lung stage IV with LN metastasis,

อาการสำคัญ : รับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลขอนแก่น แพทย์วินิจฉัย : HIV. Positive whit CA lung

stage IV with LN with bone metastasis เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองในวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566 ผู้ป่วย และญาติได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) จากศูนย์พลังใจ โรงพยาบาลขอนแก่น

**กรณีศึกษาครั้งที่ 2 :** ผู้ป่วย เพศ ชาย อายุ 33 ปี

การวินิจฉัยโรค HIV. Positive whit Cerebral Toxoplasmosis เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง ในวันที่ 20 กันยายน 2566 ผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้าน

### ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
เพศ อายุ อาชีพ	เพศหญิง อายุ 50 ปี อาชีพ ค้าขาย สถานภาพ	เพศชาย อายุ 33 ปี อาชีพรับจ้าง สถานภาพ
สถานภาพ/สิทธิการ	สมรส-คู่ สิทธิการรักษา-บัตรทอง	สมรส-หม้าย สิทธิการรักษา-บัตรทอง
รักษา		
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	เอชไอวีระยะสุดท้าย รักษาที่ ARV Clinic (Antiretroviral Drug Clinic) รพ.ขอนแก่น 2564 - CA Lung	สุขภาพแข็งแรง ไม่เคยตรวจหา HIV มาก่อน Cerebral Toxoplasmosis และเอชไอวีระยะสุดท้าย
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	บิดา-มารดา -พี่สาว เสียชีวิตจากมะเร็งปอด	-ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว
การตรวจร่างกาย	<b>ด้านร่างกาย:</b> วันที่ 10 พฤศจิกายน 2566	<b>ด้านร่างกาย:</b> วันที่ 20 กันยายน 2655
และ ประเมิน ด้าน	หญิงไทยวัยผู้ใหญ่สีหน้าสดชื่นแจ่มใส รู้สึกตัวดี	ชายไทยวัยทำงาน รูปร่างผอมมากปลุกตื่น
จิตใจ อารมณ์	หายใจ room air สลับกับ On Oxygen	รู้สึกตัว น้ำตา 2 ข้างไหลเป็นพักๆ On Oxygen
สังคม และบริบทที่	cannular 3 LPM นั่งอยู่บนเตียงนอนภายในบ้าน	cannular 3 LPM On NG Tube for Feeding
เกี่ยวข้อง	การมองเห็นชัดเจน หูได้ยินปกติ จมูกได้กลิ่นปกติ	300 ml ทุก 6 ชั่วโมง รับประทานได้ ปกติ ผู้ป่วยมี
	ลิ้นรับรสปกติ มีรับรู้สัมผัสปกติ ต้นแขนด้านซ้าย	อาการหายใจลำบาก On MO + plasil
	มีรอยจ้ำเลือดแบบ Petechiae ผู้ป่วยมีอาการ	syringe driver rate 0.3 cc/hr ADL = 0
	หายใจลำบาก On MO + plasil syringe driver	คะแนน เป็นภาวะพึ่งพา PPS = 10% (อาการ
	rate 0.3 cc/hr	อยู่ระยะสุดท้าย) สัญญาณชีพ: Temp 38.3 C°,
	ขาและเท้าทั้งสองข้างบวมกดบวม 1+ ผู้ป่วย	PR 122 /min, RR 26 /min, BP 94/68
	สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นบางส่วน (Partial	mmHg
	self-care) ADL = 13 คะแนน (ไม่เป็นภาวะ	
	พึ่งพา)	
	PPS = 40% (อาการอยู่ระหว่างคงที่และระยะ	
	สุดท้าย) สัญญาณชีพ:Temp 36.7C°, PR	
	112/min, RR 22 /min, BP 134/108	<b>ด้านจิตใจ</b> ผู้ป่วยถามไม่ตอบ สายตาเหม่อลอย
	mmHg	น้ำตาคลอ ไม่ได้ประเมินความเครียด
	<b>ด้านจิตใจ</b>	
	ST-5 = 5 คะแนน	

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	<p>(มีความเครียดปานกลาง)</p> <p>2Q ตอบไม่มีทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า</p> <p>9Q = 5 คะแนน (ไม่มีภาวะซึมเศร้า)</p> <p><b>ด้านครอบครัว:</b> มีสมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกัน 7 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วย สามี พี่ชายของสามี 2 คน พี่สะใภ้ หลานสาวและ หลานชาย ความสัมพันธ์ในครอบครัวสนิทสนมกันดี สามารถพูดคุยปรึกษากันภายในครอบครัวได้ทุกเรื่อง น้องสาวของผู้ป่วยอาศัยอยู่ที่จังหวัดนครปฐมโทรศัพท์พูดคุยกับผู้ป่วยในทุกวัน</p> <p><b>ด้านสังคม :</b> เพื่อนบ้านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยมีการมาเยี่ยมที่บ้านในช่วงระยะ 1เดือนที่อาการของผู้ป่วยรุนแรงขึ้นนั้น ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางออกไปร่วมกิจกรรมของชุมชน ไม่สามารถไปพบปะเพื่อนบ้านได้ สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจึงดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ไม่มีการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน มีเพียงการออกไปค้าขายที่ตลาดในตอนเย็นเท่านั้น</p> <p><b>ด้านเศรษฐกิจ:</b> ปัจจุบันผู้ป่วยไม่มีการประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง สมาชิกในครอบครัวทั้งสามี พี่ชายของสามี ภรรยาพี่ชายสามีประกอบอาชีพขายสลัดที่ตลาดร่วมกัน ไม่มีการประกอบอาชีพเสริมอื่นๆ พี่ชายคนโตของสามีไม่มีการประกอบอาชีพ หลานทั้งสามคนประกอบอาชีพพนักงานบริษัทโดยรายได้ที่ได้จะเก็บไว้ใช้ส่วนตัว ทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีรายได้หลักมาจากการขายสลัดที่ตลาดเพียงอย่างเดียวประมาณ 15,000 บาทต่อเดือน</p> <p><b>ด้านสภาพแวดล้อม:</b> ครอบครัวผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชนโนนทัน 4 ลักษณะบ้านเดี่ยวเป็นบ้านปูนสองชั้น ชั้นบนเป็นไม้รอบๆบ้านเป็นชุมชน เจียบสงบไม่มีเสียงรบกวนผู้ป่วยพักอาศัยที่ชั้นล่างกับ</p>	<p><b>ด้านครอบครัว :</b> มีสมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกัน 4 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วย บิดา มารดา และ ลูกสาวของผู้ป่วย</p> <p>ผู้ป่วยเป็นบุตร คนที่ 2 มีพี่น้อง 3 คน พี่ชายคนโตเสียชีวิต ตอนอายุ 14 ปี เนื่องจากตกน้ำ และมีน้องชาย 1 คน ทำงานบริษัทเอกชน จังหวัดชลบุรี</p> <p>ผู้ป่วยเล็กกับภรรยา มาประมาณ 10 ปี ความสัมพันธ์ในครอบครัวสนิทสนมกันดี สามารถพูดคุยปรึกษากันภายในครอบครัวได้ทุกเรื่อง</p> <p><b>ด้านสังคม :</b> เพื่อนบ้านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย แวะเยี่ยมที่บ้านทุกวัน ในช่วงระยะ 2 เดือนที่อาการของผู้ป่วยรุนแรงขึ้น ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ผู้ป่วยไม่สามารถกินอาหารเองได้ ดึงสาย NG Tube บ่อยครั้ง ทำให้ผู้ป่วยสำลักอาหาร มีปอดติดเชื้อ ทำให้อาการผู้ป่วยทรุดลงเข้าสู่ระยะสุดท้าย</p> <p>ครอบครัวขอดูแลผู้ป่วยที่บ้าน</p> <p><b>ด้านเศรษฐกิจ:</b> ปัจจุบันผู้ป่วยไม่มีการประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้ รายได้ของครอบครัวมาจากเงินเดือนบำนาญของบิดาประมาณ 20,000 บาท และลูกชายคนที่ 3 เพียงพอค่าใช้จ่ายในครอบครัว ไม่มีเงินเก็บออม</p> <p><b>ด้านสภาพแวดล้อม:</b> ครอบครัวผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชนโนนทัน 1 ลักษณะบ้านเดี่ยวเป็นบ้านปูนสองชั้น ชั้นบนเป็นไม้ รอบๆ บ้านเป็นชุมชนเจียบสงบไม่มีเสียงรบกวน ผู้ป่วยพักอาศัยที่ชั้น</p>

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	สามี ผู้ดูแลที่บ้าน (Care Giver) สามี / พี่สะใภ้/ น้องสาว	ล้าง กับบิดา-มารดา ผู้ดูแลที่บ้าน (Care Giver) บิดา/มารดา/บุตรสาว น้องชายมาเยี่ยมทุก สัปดาห์
	<b>Spiritual (จิตวิญญาณ)</b> ผู้ป่วยมีความหวังอยากมีชีวิตให้ยาวนานที่ถนัดและ อยู่กับสามีให้นานที่สุด บางครั้งรู้สึกท้อแท้ สงสาร สามีที่ดูแล ยอมรับการเจ็บป่วย ต้องการจากไป อย่างสงบไม่ทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยและญาติมีการรับรู้และเข้าใจการ ดำเนินไปของโรคมะเร็งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ จากการ รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ตั้งแต่ตรวจ วินิจฉัย พบว่าเป็นมะเร็ง การรักษา และการเข้า รับการรักษาในระยะประคับประคอง ในตอนนี้ ญาติก็มีความหวังให้ผู้ป่วยหายดีหรือสุขภาพ ร่างกายดีขึ้นโดยการหาซื้อยาสมุนไพร วิตามิน บำรุงมาให้ผู้ป่วยทาน ผู้ป่วยและญาติเองไม่ได้ มองว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของเวรกรรม แต่มอง ว่าเป็นพันธกรรม เนื่องจากบิดา มารดาของผู้ป่วย เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปอด นอกจากนี้ยังมองว่า เป็นเรื่องของพฤติกรรมการใช้ชีวิตและ สิ่งแวดล้อม เช่น การสูดดมควันบุหรี่มือสอง ฝุ่น PM 2.5 เป็นต้น มีการวางแผนการดูแลที่บ้านร่วมกัน เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ญาติ และสามี	<b>Spiritual (จิตวิญญาณ)</b> ผู้ป่วยและญาติมีการรับรู้และเข้าใจการ ดำเนินไปของ HIV ที่มีภาวะแทรกซ้อน Cerebral Toxoplasmosis และAspiration Pneumonia ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ จากการรับข้อมูล จากบุคลากรทางการแพทย์ตั้งแต่ตรวจวินิจฉัย พบว่าติดเชื้อ HIV และมีภาวะแทรกซ้อน และ การเข้ารับการรักษาในระยะประคับประคอง ในตอนนี้ญาติก็มีความหวังให้ผู้ป่วยอาการดี ขึ้น ญาติได้มองว่าการที่เจ็บป่วยเป็นเรื่องของ เวรกรรม นอกจากนี้ยังมองว่าเป็นเรื่องของ พฤติกรรมการใช้ชีวิตและเนื่องจากผู้ป่วยแยก ทางกับภรรยาามากกว่า 10 ปี อาจมี พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ผู้ป่วยและญาติไม่ได้เข้าร่วมกระบวนการ เตรียมเรื่องการดูแลระยะสุดท้ายที่บ้านตาม โปรแกรมของโรงพยาบาล
โรคประจำตัว/ โรคร่วม	เอชไอวีระยะสุดท้าย รักษาที่ ARV Clinic รพ. ขอนแก่น รับประทาน Rilpivirine 25 mg. Teno -Em (Tenofovir Disoproxil Fumarate 300 mg. และ Emtricitabine 200 mg.)	เอชไอวีระยะสุดท้ายไม่เคยได้รับตรวจ และไม่ รับประทานเชื้อ HIV ผู้ป่วย/ญาติไม่เคยทราบมาก่อนว่าติดเชื้อ HIV
	<b>โรคร่วม</b> - CA lung stage IV whit LN metastasis Bilateral pleural effusion whit pericardial effusion	<b>โรคร่วม</b> - Cerebral Toxoplasmosis - Aspiration Pneumonia
ยาที่ผู้ป่วยได้รับ	<b>Medication (การใช้ยา)</b> รายการยาที่แพทย์สั่งใช้ -MO 20 mg + plasil 30 mg + Midazolam 5	<b>Medication (การใช้ยา)</b> รายการยาที่แพทย์สั่งใช้ -MO 40 mg + Midazolam 10 mg +

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	mg syringe driver rate 0.3 cc/hr. - Rilpivirine 25 mg. - Teno - Em (Tenofovir Disoproxil Fumarate 300 mg ) และ Emtricitabine 200 mg รายการยาหรือสมุนไพร หรืออาหารเสริมที่ซื้อ กินเอง : ยาผงสมุนไพรแก้ไอในผู้ป่วย มะเร็ง	Hyoscine 80 mg syringe driver rate 0.3 cc/hr.
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์	ปัญหาที่ 1 มีโอกาสพร่องออกซิเจนเนื่องจาก ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง ปัญหาที่ 2 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวด Pain score ระดับ 8 ปัญหาที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากมีคลื่นไส้อาเจียน ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความเครียด วิตก กังวล เนื่องจาก ผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย	ปัญหาที่ 1 มีโอกาสพร่องออกซิเจนเนื่องจาก ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง ปัญหาที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสาร น้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากมีคลื่นไส้อาเจียน ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความเครียด วิตก กังวล เนื่องจาก ผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย

จากตารางที่ 1 แสดงถึงข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีศึกษาพบที่มีความแตกต่างกันด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส กรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 เพศหญิง อายุ 50 ปี สถานภาพสมรสคู่ มีสมาชิกในครอบครัว 7 คน ที่ทำหน้าที่ดูแลช่วยกัน มีอาชีพค้าขาย มีประวัติบิดามารดาและพี่สาวเสียชีวิตด้วยมะเร็งปอด ได้รับการวินิจฉัยเป็นติ่งเนื้อเอชไอวีและมะเร็งปอดระยะแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง และรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีร่วมกับยาบรรเทาอาการปวด คะแนน PPS = 40% (อาการอยู่ระหว่างคงที่และระยะสุดท้าย) คะแนน ADL = 13 (ไม่มีภาวะพึ่งพา) ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ไม่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยและญาติปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และยังแสวงหาการแพทย์ทางเลือกได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าพร้อมผู้ป่วยและญาติเข้าใจพร้อมรับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ญาติเองมีความพร้อมรับในการสูญเสีย

กรณีศึกษาที่ 2 เพศชาย อายุ 33 ปี สถานภาพสมรสหม้าย มีสมาชิกครอบครัว 4 คน ไม่มีรายได้ ไม่เคยตรวจหาเชื้อเอชไอวีได้รับการวินิจฉัยมีการแพร่กระจายของเชื้อที่สมองไม่ได้รับยาต้านเอชไอวี ได้รับยาบรรเทาอาการปวด คะแนน PPS = 10% (อาการอยู่ในระยะสุดท้าย) คะแนน ADL=0 (มีภาวะพึ่งพาแบบสมบูรณ์) มีอารมณ์เศร้า รับการวางแผนล่วงหน้าที่ไม่ชัดเจน ผู้ป่วยและญาติไม่พร้อม ระบบบริการไม่เอื้อในการที่จะวางแผนล่วงหน้าร่วมกันได้ดี และบิดายังปรับตัวไม่ได้เนื่องจากเคยสูญเสียบุตรชาย จากการส่งต่อจาก Specific Care สู่การดูแลแบบประคับประคองเข้าญาติและผู้ป่วยขาดการทำกรวางแผนล่วงหน้าที่มีประสิทธิภาพ

## ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการดูแลกรณีศึกษาแบบประคับประคอง

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์นำสู่การ พยาบาล
1.ระยะวิกฤต ผู้ป่วยเสี่ยงต่อ การเสียชีวิต	1.ผู้ป่วยหญิงไทยวัย 50 ปี เอชไอวี ระยะสุดท้ายได้รับการวินิจฉัย CA lung stage IV c LN metastasis Bilateral pleural effusion c pericardial effusion PPS = 40% (อาการอยู่ระหว่างคงที่ และระยะสุดท้าย) V/S: Temp 36.7 C°, PR 112/min, RR 22 /min, BP 134/108 mmHg O <sub>2</sub> Sat 92-95%	2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 33 ปี เอช ไอวีระยะสุดท้าย ได้รับการวินิจฉัย Cerebral Toxoplasmosis with Aspiration Pneumonia PPS = 10% (อาการอยู่ระยะ สุดท้าย) V/S : Temp 38.3 C°, PR 122 /min, RR 26 /min, BP 94/68 mmHg O <sub>2</sub> Sat 84-90%	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความ แตกต่างกันเรื่องเพศ อายุที่ แตกต่างกัน พยาธิสภาพที่ ปอดเหมือนกัน แต่กรณีศึกษา รายที่ 2 มีพยาธิสภาพที่สมอง ร่วมด้วย
2.การรักษา	-MO 20 mg + plasil 30 mg + Midazolam 5 mg syringe driver rate 0.3 cc/hr. -Rilpivirine 25 mg. -Teno-Em (Tenofovir Disoproxil Fumarate 300 mg) และ Emtricitabine 200mg	-MO 40 mg + Midazolam 10 mg + Hyoscine 80 mg syringe driver rate 0.3 cc/hr.	การรักษาด้วย Morphine เพื่อ บรรเทาความเจ็บปวด รวมถึง ยาสงบประสาท
3. ปัญหาและ ข้อ วิจารณ์ ทางการ พยาบาล	ปัญหาที่ 1 มีโอกาสพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงาน ของปอดลดลง  ปัญหาที่ 2 ไม่สุขสบายเนื่องจากมี อาการปวดที่ต้นคอPain score ระดับ 8  ปัญหาที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะไม่ สมดุลของสารน้ำและอิเล็ก โทรไลต์เนื่องจากมีคลื่นไส้อาเจียน	ปัญหาที่ 1 มีโอกาสพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงาน ของปอดลดลงเนื่องจากปอดมี พยาธิสภาพ Aspiration Pneumonia  -ผู้ป่วยซึม ปลุกตื่นลืมตา ไม่มี อาการปวด  ปัญหาที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะไม่ สมดุลของสารน้ำและอิเล็ก โทรไลต์ เนื่องจากมีคลื่นไส้อาเจียน	ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มี พยาธิสภาพที่ปอดทำให้ ประสิทธิภาพการทำงานปอด ลดลง กรณีศึกษารายที่ 1 จาก ภาวะลู่กลามของมะเร็งที่ปอด ระยะที่ 3 กรณีศึกษารายที่2 เนื่องจาก ปอดมีพยาธิสภาพ Aspiration Pneumonia ปัญหาที่ 2 กรณีศึกษารายที่ 1 เนื่องจากมะเร็งมีการ แพร่กระจายไปที่กระดูกต้นคอ จากผลตรวจ CT Scan ปัญหาที่ 3 กรณีศึกษารายที่ 1 รับประทานอาหารได้น้อย มี คลื่นไส้อาเจียน กรณีศึกษาราย

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์นำสู่การ พยาบาล
			ที่ 2 ผู้ป่วย On NG Tube Feed ยังมี Content ตลอด
			ปัญหาที่ 4 กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยและสามีทราบและยอมรับพยาธิสภาพ และแนวโน้มของโรค เนื่องจากบิดามารดา พี่สาวเสียชีวิตจากมะเร็งปอดทั้งหมด
ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความเครียด วิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย	ปัญหาที่ 4 ญาติมีความเครียด วิตกกังวล เนื่องจาก ผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย ยังไม่พร้อมในการสูญเสีย		กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วย และครอบครัวทราบการติด HIV. เมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะเอดส์และมานอนโรงพยาบาล ครอบครัวเคยสูญเสียบุตรชายคนโตมาก่อน จากอุบัติเหตุตกน้ำ การยอมรับการสูญเสียบุตรคนที่สองจากการเจ็บป่วยจึงเป็นสิ่งที่ยากที่พ่อแม่ ทำใจยอมรับได้

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง 3 ประเด็นคือ 1) ระยะวิกฤต ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่มีพยาธิสภาพที่ปอดส่งผลต่อการเกิดอาการหายใจหอบเหนื่อย 2) การรักษาที่เหมือนกันคือการจัดการกับอาการปวดด้วย Morphine รวมถึงยาสงบประสาท ยาแก้อาเจียน ส่วนที่แตกต่างกันคือยาต้านเชื้อเอชไอวีที่กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับเพราะยอมรับการเจ็บป่วย และเข้าสู่กระบวนการบำบัดได้เร็ว และ 3) ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมีเหมือนกันได้แก่ มีโอกาสพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง ความไม่สุขสบายจากอาการปวด และโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากมีคลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยและญาติมีความเครียด วิตกกังวล เนื่องจาก ผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย

### สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

กรณีศึกษาที่ทำการวิจัยครั้งนี้มีความแตกต่างกันด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส การเข้าสู่ระบบการรักษา HIV กรณีศึกษาที่ 1 เพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ ช่วยเหลือตัวเองได้ สามีเป็นผู้ดูแลหลัก สมาชิกในครอบครัวเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอด ทำให้เกิดการเรียนรู้และยอมรับการเจ็บป่วย เข้าสู่กระบวนการรักษาได้รับการวางแผนล่วงหน้าอย่างดี มีประสิทธิภาพ ได้รับยาต้านเชื้อเอชไอวีตามแผนการรักษา มีอาชีพมีรายได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเครียดลดลง ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 หย่าร้าง ติดเตียง ไม่มีอาชีพ มีสมาชิกในครอบครัวที่ดูแล ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย มีการปกปิดข้อมูล

ส่วนบุคคลของผู้ป่วย ครอบครัวไม่เคยทราบประวัติการเจ็บป่วย เข้าสู่กระบวนการบำบัดที่ช้า และไม่ได้รับยาต้านเชื้อเอชไอวี ทำให้มีอาการมีความรุนแรงเกิดภาวะแทรกซ้อน การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านโดยพยาบาลจึงใช้วิธีควบคุมอาการเหนื่อย ความทุกข์ทรมานจากความปวด การอาเจียนรวมทั้งการดูแลสภาพจิตใจ ให้คำปรึกษาต่อเนื่อง มีการติดตามปัญหาของผู้ป่วยและญาติในการเผชิญวาระสุดท้ายของผู้ป่วย ภายใต้สิ่งแวดล้อมวัฒนธรรม ความเชื่อที่คล้ายๆกัน การดูแลและการเตรียมการวางแผนล่วงหน้าที่แตกต่างกัน ทำให้ทีมการจัดการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านมีความยากลำบากที่แตกต่างกันผู้ดูแล โดยอยู่บนเป้าหมายหลัก คือ การเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและ ครอบครัวที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวและ ญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย ( Bereavement Care)

พยาบาลจึงมีบทบาทในการเตรียมผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่สำคัญคือเตรียมญาติหรือผู้ดูแลที่บ้านให้เข้าใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การเตรียมการเบื้องต้นก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเพราะถ้าผู้ป่วยไม่ทราบอาการของตนเองเพราะญาติปิดบังผู้ป่วยจะไม่สามารถตัดสินใจ เลือกวิธีการดูแลได้เองขณะเดียวกันญาติก็ไม่กล้าตัดสินใจ หรือกรณีที่ผู้ป่วยมีญาติหลายคน ความเห็นของญาติ อาจไม่ตรงกัน ฝ่ายหนึ่งอาจให้ดูแลเต็มที่แต่อีกฝ่ายไม่ต้องการให้อายุชีวิต ล้วนแล้วแต่จะสร้างความลำบากใจแก่ทุกฝ่าย เมื่อเป็นเช่นนี้ผู้ป่วยที่มาถึงระยะสุดท้ายจึงมักถูกยื้อชีวิตโดยไม่จำเป็น ทำให้ผู้ป่วยต้องเจ็บปวดและทรมาน จากการศึกษาทั้ง 2 กรณีพบว่า กรณีศึกษาที่ 1 มีการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Planning) ร่วมกันผู้ป่วยและญาติเข้าใจ พร้อมรับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ญาติเองมีความพร้อมรับในการสูญเสีย กรณีศึกษารายที่ 2 วางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยและญาติที่ไม่พร้อม ไม่เข้าใจการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านทำให้และผู้ป่วยจากไปไม่สงบและญาติไม่พร้อมในการสูญเสียซึ่งเจ้าหน้าที่จะต้องติดตามเยี่ยมบ้านญาติในระยะ 2 - 6 เดือน เพื่อประเมินความช่วยเหลือ

ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

- 1 เป็นการดูแลที่เน้นคุณภาพชีวิต ประคับประคองอาการที่ไม่สามารถบอกระยะเวลาการเสียชีวิตได้ และช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์
- 2 เป็นการสร้างโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใกล้ชิดกัน และเป็นการแสดงความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นการขอโทษกรรมต่อกัน ไม่มีสิ่งที่ค้างใจต่อกัน
- 3 ผู้ป่วยและครอบครัวเลือก และสามารถตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยมี คุณภาพชีวิตระยะท้ายที่ดีและจากไปอย่างสงบ
- 4 ครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการติดตามเยี่ยมบ้านระดับดีมาก ร้อยละ 96

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคนและญาติควรได้รับการเตรียมการเบื้องต้นก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน เพื่อให้เกิดความเข้าใจพร้อมรับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ญาติเองมีความพร้อมรับในการสูญเสีย

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [WHO]. (2020). Palliative Care. Retrieved from:  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organisation). (2018). Hospital and healthcare standards (4th ed.). Nonthaburi: The Healthcare Accreditation Institute (Public Organisation) (in Thai)
3. World Health Organization. (2016a). WHO definition of palliative care. Retrieved from  
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/e>
4. สุธีพร ธนศิลป์. (2563). การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
5. กิตติกร นิลมานัต.(2555).การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต.สงขลา:ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.